

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

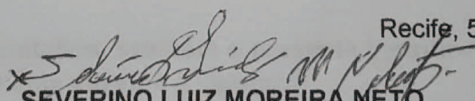
OUTORGANTE: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 1.319.997 SDS/PE, inscrito no CPF: 146.972.704-87, residente e domiciliado à Rua Betim, nº 12, Afogados, Recife/PE, CEP: 50.820-640.

OUTORGADOS: ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoaatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

PODERES: O presente mandato tem por finalidade conferir aos outorgados os poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicium e et extra" em qualquer juízo ou tribunal, para atuar e acompanhar o processo até a decisão final, inclusive utilizando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, solicitar e retirar documentos em qualquer repartição ou órgão público, agindo em conjunto ou separadamente, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), e tudo mais que se fizer necessário para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes aqui outorgados. Ainda conferindo **PODERES ESPECIAIS**, requerer benefícios, interpor recursos às instâncias superiores, fazer recadastramento, tomar informações necessárias a concretização do(s) direito(s) do(s) outorgante(s), praticar e recorrer a todos os meios necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, poderes ainda de levantar e receber alvará.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os honorários expedidos em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, independente da fixação de honorários sucumbenciais, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoaatomeadvogados@hotmail.com.

Recife, 5 de agosto de 2020


SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
OUTORGANTE

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: peessoaatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.



PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado o **SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 1.319.997 SDS/PE, inscrito no CPF: 146.972.704-87, residente e domiciliado à Rua Betim, nº 12, Afogados, Recife/PE, CEP: 50.820-640 e do outro lado os **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço de Natureza administrativa e jurídica.

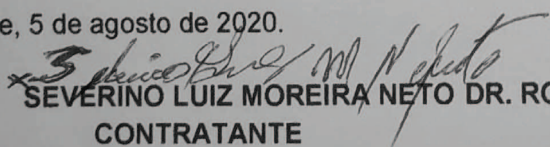
CLÁUSULA SEGUNDA - A prestação do referido serviço se detém à participação do advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da ação até o pronunciamento da decisão monocrática em 1ª instância e na 2ª instância, sendo está ultima acrescida de honorários no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), sem prejuízo da fixação do percentual de 30% e dos honorários sucumbenciais.

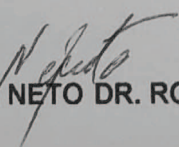
CLÁUSULA TERCEIRA - Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre os contratantes. Caso haja o descumprimento desta cláusula, a parte que lhe deu causa pagará o equivalente a 05 (cinco) salários mínimos.

CLÁUSULA QUARTA - Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os requisitórios expedidos em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, independente da fixação de honorários sucumbenciais, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: peessoatomeadvogados@hotmail.com.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Recife, 5 de agosto de 2020.


SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
CONTRATANTE


DR. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ
CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: _____ TESTEMUNHA 2: _____

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: peessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 7ª CIRCUNSCRIÇÃO – BOA VIAGEM

39822/19

Ofício n.º 748/2019-CVS

Recife, 17 de Setembro de 2019.

Senhor Diretor,

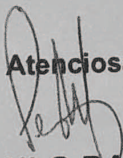
Pelo presente, solicito à V.Sa, providências no sentido de ser procedida a competente EXAME COMPLEMENTAR À **PERÍCIA TRAUMATOLOGICA 34924/2019** feito pessoa abaixo qualificada:

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO, brasileiro, natural de Recife-PE, casado, primeiro grau completo, nascido dia 12/11/1955, com 63 anos, filho de Laura Moreira, RG 1319997 SDS-PE, CPF 146.972.704-87, endereço na Segunda Travess Betim Qd D, nº 12, Afogados - Recife- PE.

O competente Laudo Pericial deverá ser encaminhado à **DELEGACIA DE POLICIA DA 7ª CIRCUNSCRIÇÃO - Boa Viagem**,

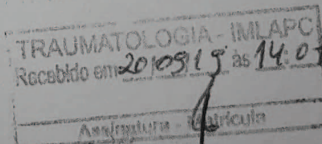
Sem mais para o momento, valho-me do ensejo para renovar protestos de elevada estima e real apreço.

Atenciosamente

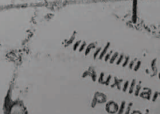

PEDRO PAULO DA SILVA FIDELIS
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

A Sua Senhoria.

GERENTE DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL PERSIVO CUNHA
PE.



Assinatura - Persivo Cunha


Jafelma Sousa de Freitas
Auxiliar de Legista
Polícia Civil PE
Mat. 296219.6





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

CÓPIA AUTÊNTICA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 34924 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004A. CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO
Ofício nº. 59 / 2019 Data 19 / 8 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:23 do dia 19 de Agosto de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO** filho(a) de **NÃO INFORMADO** e de **LAURA MOREIRA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **63 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 1319997**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **2ª TRAVESSA BETIM, nº 12, complemento: QUADRA D, bairro AFOGADOS, telefone/s, (81)98476-4324, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Referê o periciando ter sido vítima de acidente de trânsito (atropelamento bicicleta-moto) no dia 08/08/2019 por volta das 17:00 horas. Relatá ter sido socorrido por populares e encaminhado para o CEMUB onde recebeu os primeiros atendimentos, tendo sido transferido para o Hospital da Restauração. Apresenta ficha de esclarecimento assinado por médico de firma ilegível, que diz: "...Traumatismo de face superficial. Avaliação clínico-radiológica e tratamento conservador. Paciente necessita de repouso domiciliar por 05 dias após presente data"...

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Periciando apresenta-se com bom estado geral e deambulando normalmente. Apresenta edema e equimose periorbitária direita. Escoriações em antebraço direito e edema em joelho esquerdo.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando com histórico de atropelamento bicicleta-moto no dia 08/08/2019. Apresentou traumatismo superficial da face e escoriações em antebraço direito. No momento ainda queixa-se de dores em decorrência dos traumatismos. Solicito avaliação complementar com 30 dias.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o Instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Aguardar exame complementar.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Aguardar exame complementar.





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SDS – DIM/PCPE – 2ª DESEC
4ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL - ESPINHEIRO

Ofício nº 59 /2019-SA.

Recife, 13 /08 /2019.

Senhor Gestor:

Pelo presente, encaminho a V. Sa, para que seja procedido o competente Exame Pericial Traumatológico, na pessoa abaixo qualificada.

Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Filiação: LAURA MOREIRA

Data de Nascimento: 12/11/1955

Documento de Identificação: 1.319.997/ SDS/PE

Endereço da Vitima: Segunda Travessa Betim Qd D nº 12 – Afogados/PE

Informações Técnicas: Acidente de Trânsito com vítima não fatal.

OBS: O LAUDO DEVERÁ SER REMETIDO: DP de Boa Viagem

REF.: BOE Nº19E0334001083

Recebi em 13 /08 /2019

Assinatura Silvana Carla Pereira da Costa

4055 425

Cordialmente

Silvana Carla Pereira da Costa
Delegada de Polícia

Ilmo. Sr.

Gestor do Instituto de Medicina Legal – IML

Nesta

Rua Prof. Othon Paraíso, 343, Torreão Recife/PE.

FONES: 3184-3378 (Gabinete)/3379(Coord. Setorial e S. Investigação)/3377(SAA)/
5172(Cart.2)/3376(Permanência)



10/08/2019

DAE20WEB



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO ESTADUAL

DAE 20

85800000000-3 25450124020-0 53835201909-2 10353620000-0

Nome / Denominação / Razão Social IML		Documento de Identificação do Contribuinte Tipo 04 No 7055425	
Descrição do Serviço SERVIÇOS PRESTADOS PELA DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA / LAUDO PERICIAS EM GERAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE			
Observações Código: 2019091035362 RG: 7055425 Quantidade: 1 DAE20 WEB	■ TFUSP - SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	Valor do Tributo em Real	
		RS25,45	
		Valor da Multa em Real	
		Valor dos Juros em Real	
		Taxa de Expediente em Real	
Total a Pagar em Real		RS25,45	
Autenticação Mecânica		Via Contribuinte	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO ESTADUAL

DAE 20

85800000000-3 25450124020-0 53835201909-2 10353620000-0

Nome / Denominação / Razão Social IML		Documento de Identificação do Contribuinte Tipo 04 No 7055425	
Descrição do Serviço SERVIÇOS PRESTADOS PELA DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA / LAUDO PERICIAS EM GERAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE			
Observações Código: 2019091035362 RG: 7055425 Quantidade: 1 DAE20 WEB	■ TFUSP - SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	Valor do Tributo em Real	
		RS25,45	
		Valor da Multa em Real	
		Valor dos Juros em Real	
		Taxa de Expediente em Real	
Total a Pagar em Real		RS25,45	
Autenticação Mecânica		Via Órgão	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO ESTADUAL

DAE 20

85800000000-3 25450124020-0 53835201909-2 10353620000-0

Nome / Denominação / Razão Social IML		Documento de Identificação do Contribuinte Tipo 04 No 7055425	
Descrição do Serviço SERVIÇOS PRESTADOS PELA DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA / LAUDO PERICIAS EM GERAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE			
Observações Código: 2019091035362 RG: 7055425 Quantidade: 1 DAE20 WEB	■ TFUSP - SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	Valor do Tributo em Real	
		RS25,45	
		Valor da Multa em Real	
		Valor dos Juros em Real	
		Taxa de Expediente em Real	
Total a Pagar em Real		RS25,45	
Autenticação Mecânica		Via Banco	



Imprimir DAE20

Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 26/08/2020 16:13:52
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082616135278400000065733868>
 Número do documento: 20082616135278400000065733868

Digitalizado com CamScanner



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32300018 - AC CENTRAL DE RECIFE
RECIFE - PE
CNPJ ...: 34028316/0001463 Ins. Est.: 101436007
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente ...: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF ...: 09248608000104
Doc. Post. ...: 363/13180
Contrato ...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao ...: 62267655

Movimento ...: 27/02/2020 Hora ...: 09:55:13
Caixa ...: 95608596 Matrícula ...: 85082554
Lancamento ...: 006 Atendimento ...: 00003
Modalidade ...: A Faturar ID Tiquete ...: 1784502/53

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)	24,78	
Peso real (G)	91	
Peso Tarifado	0,091	
CNPJ/CPF Remetente	146972/0487	
Nome Remetente	SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO	
Endereço Remetente	RUA Rua batim. 12 - Afogados	
Cont. Endereço	os	
Cep Remetente	50820-640	
Cidade Remetente	RECIFE	
UF Remetente	PE	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)	30,43	
Cep Destino	20011-904 (RJ)	
Peso real (G)	91	
Peso Tarifado	0,091	
OBJETO	0A004234862	

DO ATENDIMENTO ...: 55,21

Valor do ... (R\$)
No caso de ... com ...
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURA

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s) e(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome ... RG ...
Ass. Responsável ...

SERV. POSTAIS DIREITOS E DEVERES LEI 6538/78





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
RUA BETIM, 12
AFOGADOS
CEP 50820-640 - RECIFE - PE

Alcoholo
CUIZ



BO056053548BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT- Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



Digitalizado com CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200100225

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 22/01/2020, emitida pelo Dr. MARIANA CORTEZ FITTIPALDI, CRM nº 11095 - PE, da Instituição INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL A. PERSIVO CUNHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RICARDO LUIZ ALMEIDA NETO
Data do Acidente: 20/08/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 446.932.404-82

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidiz do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de convivência em comum ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de convivência em comum ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RICARDO LUIZ ALMEIDA NETO

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 446.932.404-82

E-mail: RICARDO.LUIZ@LIDER.COM.BR Tel.: (11) 33504-0409

Data: 26/08/2020 Assinatura: RICARDO LUIZ ALMEIDA NETO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): AC CENTRAL RECIFE

Atendente: ELICIO LOPES DE MELO Matrícula: 8.50158

Data: 26/08/2020 Assinatura: Elcio Lopes de Melo

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: SEVERINO LUIZ FLORENTINATO
Data do Acidente: 09/10/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 46.112.704.87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): DIODÉCIO BERNARDO DA SILVA FILHO

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 46.112.704.87

E-mail: severino@severino.com.br Tel.: (11) 4611-2704

Data: 09/10/2019 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): Diódécio Bernardo da Silva Filho

Atendente: Agente Comercial Matrícula: 8.508.255-4

Data: 09/10/2019 Assinatura: [Assinatura]

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200100225

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

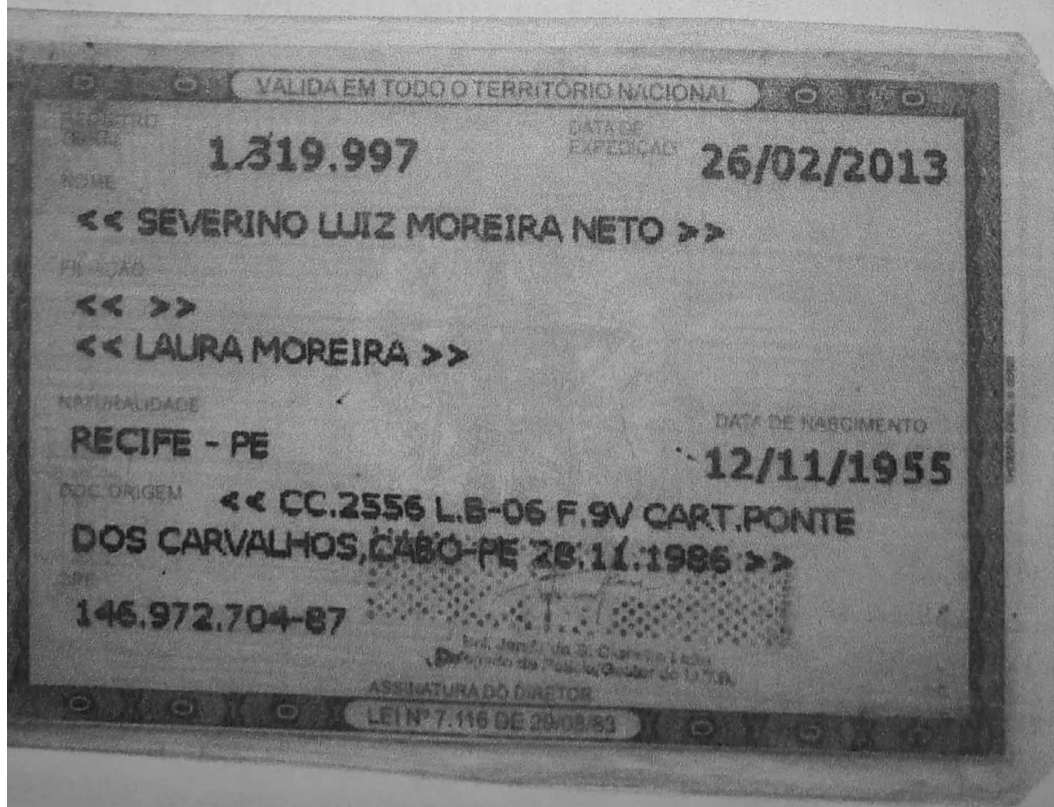
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





anexo

